



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
28/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Hege S Fredheim-Kildal

Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 10.11.2017 til og med 20.3.2018 til etterretning.

Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. Noen gjennomføres etter samordning mellom flere tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder i tråd med omforente planer for regionen, eller mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak.

Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over funn, oppfølging av disse, gjennomførte eksterne tilsyn og interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF i helseforetaket fra 10.11.2017 til og med 20.3.2018.

Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Tilsynsmyndighetene representerer en viktig ressurs for UNN i det løpende forbedringsarbeidet. De er opptatt av å undersøke om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp, og at de ansatte har et forsvarlig arbeidsmiljø.

Tilsyn og revisjoner gir gode bidrag til å avdekke områder der helseforetaket har forbedringspotensial. De gir detaljerte beskrivelser av avvik, og begrunner dem, hva som er god praksis og hva som må til for at avvik skal kunne lukkes.

Oversikt over eksterne tilsyn

Det er gjennomført ett tilsyn og én revisjon siden forrige rapportering. Det vises til vedlegg for oversikt og mer informasjon om funn og status:

1. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har ved UNN gjennomført revisjon innen Helse, miljø og sikkerhet 22.-23.11.2017. Ingen avvik ble avdekket.
2. Helse Nord RHF gjennomførte internrevisjon ved UNN 8.-9.11.2017 med tittel *Antibiotikabruk i UNN*. Det er utarbeidet rapport med sju anbefalinger.

Oversikt over avsluttede tilsyn

Det er avsluttet ett tilsyn siden forrige rapportering. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

1. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har gjennomført revisjon innen Helse, miljø og sikkerhet 22.-23.11.2017. Det ble ikke avdekket avvik.

Oversikt kommende tilsyn

Det er varslet fire tilsyn:

1. Fylkesmannen har varslet oppfølgende tilsyn «sepsisbehandling i akuttmottak». Tilsynet gjennomføres 17. april 2018, med tilbakemeldingsmøte 8.5.2018.
2. Statens Helsetilsyn har varslet oppfølgende tilsyn etter tilsyn *Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev, samt aktivitet knyttet til organdonasjon*. Tilsynet vil omfatte stikkprøver for kontroll av etterlevelse av krav i forbindelse med blodtransfusjon. Nærmere dato gis i eget brev.
3. Fylkesmannen i Troms har varsle landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker i 2017 og 2018. Tilsynet blir gjennomført ved UNN Harstad, Voksenpsykiatrisk poliklinikk 10.-12.4.2018.
4. Det norske Veritas og Germanischer Lloyd AS har varslet periodisk miljørevisjon i henhold til ISO14001, den 7.-9.5.2018.

Tilsynet har til formål å:

- 1) Bekrefte styringssystemets overensstemmelse med standardens krav
- 2) Evaluere styringssystemets virkningsgrad på å sikre at organisasjonen er i stand til å:
 - Tilfredsstillte relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav
 - Oppnå fastsatte mål

Gjennomførte brann og tekniske tilsyn

Det gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn i foretaket. Det har fra 1.august 2017 tom 10. november 2017 vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging av branntilsyn.

Påviste mangler etter el-tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Seksjonsledere ved Teknisk avdeling ved henholdsvis Narvik, Harstad og Tromsø utarbeider handlingsplaner og følger opp tiltaksarbeidet. Samtlige tekniske tilsyn er svart ut med handlingsplan. Dersom

tilsyn tilsier økte økonomisk behov, fremmes sak til direktørens ledermøte av senterleder for DES. Dokumentasjon og saksbehandling for oppfølging etter el-tilsyn føres i PLANIA.

Riksrevisjon

Riksrevisjonen gjennomfører årlige tilsyn av forvaltningspraksis. I gjeldende periode har det ikke vært gjennomført revisjoner.

Oppfølgende arbeid etter tilsyn

På bakgrunn av tilbakemeldinger, blant annet etter eksterne tilsyn og revisjoner, har UNN valgt å forsterke det kontinuerlige forbedringsarbeidet ved blant annet å innføre nye modeller for interne revisjoner og Ledelsens gjennomgang. Ny modell for interne revisjoner ble vedtatt i oktober 2017. Retningslinjen danner grunnlag for utvidet bruk av metodene revisjon og egeninspeksjon. Hensikt er å gi ledere kunnskap til å identifisere forbedringsområder lokalt og dermed kunne prioritere de rette forbedringstiltakene. Ny modell for Ledelsens gjennomgang (LGG) ble vedtatt i direktørens ledermøte 9. januar 2018. Dedikert rådgiver med hovedansvar for implementering av ny modell er ansatt og tiltrer stillingen 16. mai 2018. Den nye modellen innebærer et system for gjennomføring av LGG både på foretaksnivå og avdelings- og klinikknivå.

Tilsyn: Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn med *håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon* ved UNN i perioden 9. august – 6. desember 2016.

I oppfølgingsarbeidet etter tilsynet ble det utarbeidet klinikkvise handlingsplaner i tillegg til på foretaksnivå. Foretaket har arbeidet kontinuerlig med oppfølging og forbedring på de risikoområder som ble påpekt av tilsynet. Handlingsplanene er fulgt opp med statusrapportering til Kvalitets- og utviklingssjefen.

Det er gjennomført interne revisjoner i aktuelle klinikker for å følge opp tilsynet. Det neste som planlegges er egeninspeksjon på gjennomføring av identitetskontroll i april 2018. Diagnostisk klinikk gjennomfører månedlige klinikkvise rapporteringer på transfusjonskvitteringer for å identifisere eventuelle avvik på identitetskontroll.

Det ble gjennomført et oppfølgende tilsynsmøte med Helsetilsynet 20. februar 2018.

Viseadministrerende direktør ved UNN presenterte «status for gjennomføring av korrigerende tiltak og overordnet oppfølging». Prosjektansvarlige ved Diagnostisk klinikk, laboratoriemedisin la frem status for innføring av elektronisk kontroll ved transfusjoner, «LabCraft Bedside Control». I etterkant av møtet har Helsetilsynet varslet at de vil gjennomføre nye stikkprøver av helseforetakets transfusjonspraksis våren 2018.

Medvirkning

Saken var forelagt Brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter i uke 15. Protokoller og referat fra møtene vil forelegges styret til behandling som referatsaker i styremøtet 25.4.2018.

I samtlige møter ble det gitt tilslutning til at saken slutføres og fremmes til styrebehandling i den form saken ble presentert i ovennevnte møter.

Vurdering

Forskriften om *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* stadfester at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. I det systematiske forbedringsarbeidet ved UNN inngår avvik avdekket ved tilsyn og revisjoner som en viktig kilde til læring og forbedring. Resultater etter tilsyn og revisjoner følges opp blant annet i dialogavtaler, oppfølgingsmøter med enhetene og i kvalitetsutvalg, og ved behov også i egne møter.

Det er iverksatt oppfølgende forbedringsarbeid både på avdelings- og foretaksnivå etter tilsynet med *håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon*. Interne revisjoner på identitetskontroll i etterkant av tilsynet og månedlige kontroller på transfusjonskvitteringer viser bedring, men også at vi fortsatt har avvik. I april gjennomføres egeninspeksjon på identitetskontroll for å vurdere om forbedringstiltakene er tilstrekkelig iverksatt og om de virker.

Innføring av nye modeller for interne revisjoner og for Ledelsens gjennomgang vil bidra til en bedret oversikt og kontroll. Slik oversikt vil gi oss muligheten til å kontrollerer at identifiserte tiltak iverksettes og om de virker. Direktøren erkjenner at det vil ta tid å få på plass systematikken i dette arbeidet i hele organisasjonen.

Konklusjon

Samlet sett er direktørens vurdering at denne statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende. Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og det beskrevne oppfølgingsarbeidet til etterretning.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn pr. 20.3.2018

Status pr 20. mars 2018								
Nr	Revisjonspart	Saksnr	Gjennomføring oppstartdato	Klinikk/senter (enhet)	Tema	Funn	Saksgang	Status
1	Fylkesmannen	16/4364	25.01.17	Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)	Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak	Tre avvik som viser til følgende områder: 1. Tid til antibiotikaoppstart 2. Tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak 3. Ikke iverksatt tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling	Endeling rapport ble mottatt 13.3.17. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Oppfølgende tilsyn i oktober. Tilbakemeldings møte 7.11.17. Tilsynet viser til gode resultater for pågående forbedringsarbeid. Oppfølgende tilsyn planlagt 17.4.18 med tilbakemelding 3.5.18	I prosess
2	Statens Helsetilsyn	16/3970	17.10.16	UNN HF Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Operasjons- og intensivklinikken Medisinsk klinikk Diagnostisk klinikk	Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon	I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder: 1. Import av sklera og amnionhinner 2. Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev 3. Oppbevaring av egg, sæd og embryo 4. Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert 5. Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod	Tilbakemelding med handlingsplan for lukking av avvik er sendt innen frist. Tilsynet fant handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene som god beskrivelse av planlagte tiltak for å rette opp forholdene som ble avdekket under tilsynet. Det er utarbeidet overordnet handlingsplan for korrigerende tiltak. Oppfølgingsmøte gjennomført 20. feb 2018. Varslet nye stikkprøver av helseforetakets transfusjonspraksis i løpet av vår 2018.	I prosess

3	Arbeidstilsynet	16/4543	19.10.16	Psykisk helse- og rusklinikken (Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård)	Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken	Befaring 19.10.2016 konklusjon: Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur. Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17: 1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning 2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet	Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17. Pågående arbeid for å lukke pålegg. I brev av 13.12.17 fra Arbeidstilsynet er pålegg opplæring verneombud oppfylt. Redegjørelse for oppfølgende arbeid er gitt i brev av 21.12.17 fra UNN Teknisk drift. Der er ikke mottatt svar fra arbeidstilsyn etter dette.	I prosess
4	Arbeidstilsynet	17/3109	16.06.17	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulansetjenesten Torsken)	Tilsyn juni 2017.	Tilsyn med befaring juni 2017. Gjennomført møte med utleier (Torsken kommune), UNN og AT.	Pålegg - arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning (utleier). UNN følger sak som kopient.	I prosess

5	Fylkesmannen i Troms	15/5116	27.10.15	Akuttmedisinsk klinikk (Ambulanseavdelingen, seksjon 6)	Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanse-avdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift	Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften §4. Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn	Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær. I brev av 16. januar 2017 anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjenesten etter at saken har vært oppe i UNN Styret.	Frist sommer 2018
6	Helse Nord	17/3922	08.11.17	UNN HF	Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretakets antibiotikabruk er rasjonell og i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus	Det fremkom 7 anbefalinger.	Rapport sendt februar 2018. Handlingsplan utarbeides og fremlegges direktørens ledergruppe før styret orienteres.	i prosess
7	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	17/4754	21.11.17	UNN HF	Hensikt med tilsynet var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder	Det ble ikke avdekket noen avvik eller notert noen anmerkninger under tilsynet		Lukket 15.12.17
BRANN								

8	Tromsø Brann og Redning	2017/284	09.12.2016	Åsgård Sykehus	Brannteknisk inspeksjon	To avvik ble avdekket og omfattet: 1. Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre. 2. dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfylder kravene til brannsikkerhet, og at forebyggendeforskriften er oppfylt. Vedtak om retting av avvik, flere avvik er gjentakende	Lukking av avvik ikke innfridd innen juni 2017. Svarbrev sendt 20.10.17. Utfordringer vedrørende bestilling av eksterne tjenester, gjør at det blir tidsforskyvninger i utførelse. Avvik 1 og 2 ikke innfridd innen januar 2018. Møte med TBR gjennomført 20.01.18. Fremvist brannkonsept og tegninger, redigeres noe og sendes TBR. Sprinklerrapport mangler.	Frist 1.4.18
9	Lenvik Kommune		01.02.2018	Senter for psykisk helse Midt- Troms (Silsand)	Branntilsyn	To avvik ble avdekket: 1. Manglende mål for systematisk sikkerhetsarbeid 2. manglende øvelser og opplæring	tilsvar gitt innen frist	i prosess
10	Tromsø Brann og Redning	99/04762	30.01.2017	Rusbehandling Ung (Færingen)	Brannteknisk inspeksjon	Tre avvik ble avdekket: 1. Manglende tilfredsstillende bygningsdokumentasjon. 2. Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse. 3. Bruk av kiler/steinblokker for å holde branddører åpne.	Svarbrev sendt 14.03.17 med handlingsplan. Lukking av avvik nr. 1 ikke innfridd innen september 2017. Nytt svarbrev sendt 20.10.17. Svart ut og iverksatt tiltak innen frist	Lukket